

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES  
CURSO DE FISIOTERAPIA

**ENURESE NOTURNA: REVISÃO DE CONCEITOS E MÉTODOS DE  
TRATAMENTO**

BRUNA BONA VASCONCELOS SOARES

BRASÍLIA - DF  
2010

BRUNA BONA VASCONCELOS SOARES

**ENURESE NOTURNA: REVISÃO DE CONCEITOS E MÉTODOS DE  
TRATAMENTO**

Artigo Científico apresentado como  
requisito parcial para conclusão do curso  
de Fisioterapia no Centro Universitário  
de Brasília UniCEUB.  
Orientadora: Valéria Sovat Freitas Costa

BRASÍLIA  
2010

## Resumo

A enurese noturna pode ser definida como: micção involuntária durante o sono no mínimo duas vezes por semana por pelo menos 3 meses, acomete principalmente crianças em idade na qual o controle esfinteriano normalmente estaria presente. Este estudo trata-se de uma Revisão Bibliográfica a qual foram utilizados 3 bases de dados para tal: LILACS, Medline além de SCIELO Também foi usada a BVS para auxiliar na busca dos artigos. Foram encontrados 22 tratamentos para a enurese noturna. Dentre eles os mais comuns são o alarme e a desmopressina. Há um grande crescimento da medicina e da psicologia comprovando o avanço tecnológico investido nesse campo.

Palavras - chave: enurese noturna, micção noturna involuntária, incontinência urinária, incontinência urinária noturna, micção durante o sono.

## Abstract

Nocturnal enuresis can be defined as involuntary urination during sleep at least twice a week for at least three months, primarily affects children in the age at which bowel control would normally be present. This study it is a Literature Review which were used 3 databases for this: LILACS, Medline beyond SCIELO also been used to VHL) to help search for articles. There were 22 treatments for nocturnal enuresis. Among them are the most common alarm and desmopressin. There is a large growth of medicine and psychology demonstrating the technological invested in this field.

Key words: nocturnal enuresis, nocturnal involuntary urination, urinary incontinence, urinary incontinence, nocturnal urination during sleep.

## Introdução

A *International Continence Society* (ICS) diz que a incontinência urinária (IU) é a eliminação involuntária de urina, e ainda, um problema social ou higiênico. A IU embora não coloque as pessoas em risco, pode trazer complicações médicas, sociais e psicológicas (GOMES *et al*, 2009).

A Incontinência Urinária pode ser classificada como: incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) ou incontinência urinária mista (IUM) (HADDAD *et al*, 2008).

A HV ou bexiga hiperativa é descrita pela eliminação involuntária de urina, agregada ao forte desejo de urinar podendo ou não estar com a bexiga cheia (HADDAD *et al*, 2008).

A bexiga hiperativa apresenta um diagnóstico clínico composto por urgência miccional, desejo miccional incapaz de ser adiado; urgeincontinência, eliminação involuntária de urina agregada ao anseio miccional inadiável, pois o esfíncter não possui a eficácia necessária para resistir a força de contração do músculo detrusor, podendo ser por sua própria fraqueza ou pelo desconforto que foi causado pela contração do músculo detrusor, ou ainda, somente pelo reflexo de micção desencadeado pela contração do músculo detrusor; comumente a noctúria, a obrigação de despertar durante o sono para ir ao banheiro urinar; aumento da frequência urinária, sendo de 3 – 7 micções para ser considerada normal, contudo, é importante expor que quando um paciente apresenta uma frequência superior a 10/12 vezes, em regra, se torna algo socialmente desagradável. O aumento da frequência urinária é o sintoma mais encontrado em pacientes com bexiga hiperativa, chegando a 85%. Também são referidos outros sintomas, um deles conhecido como enurese noturna. Pacientes com IUE apresentam uma qualidade de vida melhor em relação aos pacientes com bexiga hiperativa (BARACHO, 2002; ARRUDA *et al*, 2007).

A palavra grega *enourien* significa enurese, definida por fazer urina ou urinar. A Sociedade Internacional de Continência em Criança (SICC) afirma que a enurese é uma

micção normal que sucede em locais ou horas não aceitos socialmente (FONSECA e MONTEIRO, 2004; SOARES *et al*, 2005).

A enurese noturna pode ser definida como: micção involuntária durante o sono no mínimo duas vezes por semana por pelo menos 3 meses, acomete principalmente crianças em idade na qual o controle esfinteriano normalmente estaria presente (por volta dos 5 anos de idade) (FONSECA e MONTEIRO, 2004; SHOEN – FERREIRA *et al*, 2007).

A enurese noturna pode ser dividida quanto a evolução e os sintomas. Quanto a evolução, se subdivide em: primária, a criança nunca teve um período igual ou superior a 6 meses de continência noturna, ou secundária, quando a criança já demonstrou um período de continência igual; ou superior a 6 meses porém voltou a apresentar o sintoma. Com relação a fatores genéticos, acredita-se que tenha uma prevalência maior de crianças enuréticas as que têm pais enuréticos, chegando a 77% se pai e mãe tiveram enurese, 44% caso apenas um dos pais foi enurético e caindo para 15 % se nenhum dos pais tiveram enurese, sendo que se o pai foi enurético a proporção é de 7:1 e se a mãe foi enurética essa proporção vai de 5:2 o que leva a crer que a etiologia da enurese é caracterizada por uma interação entre fatores genéticos e ambientais (MENESES, 2001; COSTA; SILVARES, 2003; SHOEN – FERREIRA *et al*, 2007;)

A enurese noturna também pode ser classificada quanto aos sintomas sendo Monossintomática ou Simples quando a criança não apresenta sintomas miccionais diurnos, e a Polissintomática ou Complicada a criança já demonstra sintomas como aumento da frequência urinária, urgência miccional, urgeincontinência, entre outros (FONSECA e MONTEIRO, 2004; MOTA *et al*, 2005).

Além de poder significar um grave problema para a criança ou adolescente, e até mesmo sua família, acredita-se que a enurese noturna é agravada com o avançar da idade; no entanto, existem poucos estudos que buscam investigar os efeitos da enurese noturna em pacientes mais velhos (ARANTES e SILVARES. 2007).

O objetivo do presente estudo é apresentar possíveis tratamentos para a enurese noturna.

## Metodologia

Este estudo trata-se de uma Revisão Bibliográfica Sistemática a qual foram utilizados três bases de dados para tal: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) do Ministério da Saúde, além de SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*). Também foi usada a BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) para auxiliar na busca dos artigos.

Os critérios de inclusão de artigos para o trabalho foram: artigos publicados entre 2000 a 2010, em língua portuguesa, inglesa e/ou espanhola, estudos que tratassem da enurese noturna focando definição, fisiopatologia, estudos epidemiológicos, tratamento do sintoma abordado, e que envolvesse crianças e adolescentes. Os descritores utilizados para busca de artigos, de acordo com o DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: enurese noturna, micção noturna involuntária, incontinência urinária, hiperatividade do detrusor, incontinência urinária noturna, micção durante o sono, micção involuntária noturna. Os critérios de exclusão foram: não se adequar aos padrões referentes ao período citado nos critérios de inclusão, pesquisas e/ou estudos feitos em adultos, não tratar sobre o sintoma e acabar abordando outros temas.

Ainda foram acrescentados artigos que abordam Incontinência Urinária em pacientes do sexo feminino, pois havia a necessidade de expor onde a Enurese Noturna se encaixa na IU, para um haver uma melhor compreensão do contexto do estudo. As pesquisas também foram no período que corresponde de 2000 a 2010 e em pacientes adultas.

Também foi utilizado material literário para elaboração do trabalho, Elza Baracho, Fisioterapia aplicada à obstetrícia 3ª Edição 2002.

Durante a pesquisa foram encontrados 100 artigos, mas apenas 17 foram utilizados pois os demais não se encaixavam nos critérios de inclusão. Foram excluídos 83 artigos.

Para a sistematização dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel, versão 2003.



## **Resultados/Discussão**

Parte dos autores acredita que a enurese noturna deva ser considerada um sintoma talvez pelo fato do enurético apresentar uma diminuição da capacidade funcional vesical noturna, provavelmente causada por um atraso do amadurecimento neurológico encarregado de manter o controle vésico-esfincteriano, estando associada outros distúrbios como retardo no desenvolvimento motor, fala ou até controle esfincteriano normal . Um outro fator seria uma alteração na variação noturna normal de eliminação de vasopressina, o que pode causar um aumento da síntese de urina, chegando a ultrapassar a capacidade funcional vesical; em crianças normais ocorre uma variação circadiana no ritmo de eliminação de vasopressina, com aumento durante a noite, geralmente ocorre uma diminuição de 50% na produção noturna de urina e correspondente aumento de sua osmolaridade durante este período (DÉNES *et al*, 2006).

Por se tratar de um sintoma de grande proporção em razão de várias causas como o sentimento de invalidez e posteriormente o mal estar em ambientes domésticos causada pela não aceitação de terceiros, os quais agem com hostilidade e até discriminação, torna – se necessário o tratamento deste sintoma (COSTA e SILVARES, 2007).

Enquanto medidas psicológicas visam o cessar das molhadas, as medidas medicamentosas visam apenas a sua redução (MENEGHELLO, 2006).

A tabela a seguir mostra os tipos de tratamentos encontrados para a Enurese Noturna.

TIPOS DE TRATAMENTO	QUANTIDADE DE ARTIGOS ENCONTRADOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO
Alarme	6	(COSTA e SILVARES)	(2003)
		(MENESES)	(2001)
		(PEREIRA e SILVARES)	(2006)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
		(MENEGHELLO <i>et al</i> )	(2006)
		(KAMPEN <i>et al</i> )	(2002)
Desmopressina	5	(COSTA e SILVARES)	(2003)
		(MENESES)	(2001)
		(PEREIRA e SILVARES)	(2006)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
		(MENEGHELLO <i>et al</i> )	(2006)
Superaprendizagem	2	(PEREIRA e SILVARES)	(2006)
		(MENEGHELLO <i>et al</i> )	(2006)
Modificação comportamental	1	(PACHELLI e TOPCZEWSKI)	(2002)
Anticolinérgicos (Imiramina)	5	(PACHELLI e TOPCZEWSKI)	(2002)
		(COSTA e SILVARES)	(2003)
		(MENESES)	(2001)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
		(MENEGHELLO <i>et al</i> )	(2006)
Antidepressivos tricíclicos	2	(PACHELLI e TOPCZEWSKI)	(2002)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
Terapia de Retenção	2	(PACHELLI e TOPCZEWSKI)	(2002)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
Terapia de Motivação	2	(PACHELLI e TOPCZEWSKI)	(2002)
		(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
Hipnose	2	(MENESES)	(2001)
		(PÉREZ <i>et al</i> )	(2008)
Fitoterapia	1	(MENESES)	(2001)
Aromaterapia	1	(MENESES)	(2001)
Oligoterapia	1	(MENESES)	(2001)
Crenoterapia	1	(MENESES)	(2001)
Quiropraxia	1	(MENESES)	(2001)

Treinamento motivacional	1	(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
Micção noturna programada	1	(DÉNES <i>et al</i> )	(2006)
Psicoterapia	2	(DÉNES <i>et al</i> ) (PEREIRA <i>et al</i> )	(2006) (2009)
Acupuntura	2	(DÉNES <i>et al</i> ) (MENESES)	(2006) (2001)
Placebo	2	(MENEGHELLO <i>et al</i> ) (MENESES)	(2006) (2001)
Naturopatia - iridológica	1	(MENESES)	(2001)
Podopuntura	1	(MENESES)	(2001)
Full – spectrum (FSV)	1	(KAMPEN <i>et al</i> )	(2002)

No presente estudo foram encontrados 6 artigos comprovando sua eficácia, e também, foi possível observar que o alarme, com uma comprovação empírica superior a 50 anos, é o melhor tratamento para enurese noturna. O dispositivo teve seu primeiro sistema desenvolvido por volta de 1904, enquanto um médico alemão planejou um colchão hospitalar com dispositivo para notificar as enfermeiras o horário de troca das roupas das crianças internalizadas, e claro, alguma dessas, depois de um determinado tempo de permanência hospitalar, não apresentavam mais os episódios de enurese noturna. O dispositivo dispõe de um aparelho ligado a um tapete colocado debaixo do lençol. Se a criança começa a eliminar urina, o alarme dispara, oferecendo tempo suficiente para reter a urina e ir ao banheiro. Após algum tempo, a criança é capaz de identificar a sensação de bexiga cheia antes de perder urina e o alarme disparar (MENESES, 2001; KAMPEN, 2002; SANTOS e SILVARES, 2006).

**Figura 1 – Alarme**



[http://revistavivasaude.uol.com.br/Edicoes/39/imagens/xixinacama52\\_3.jpg](http://revistavivasaude.uol.com.br/Edicoes/39/imagens/xixinacama52_3.jpg)

Embora o alarme apresente uma grande demanda de pacientes que o utilizem e apresente também um retorno positivo no que se refere ao tratamento da enurese noturna, Meneghello *et al* (2006), acredita que crianças que utilizam somente o alarme, demonstram uma grande taxa de recaída ou posteriormente surgem novos casos de enurese noturna secundária. Para isso, ele acredita que para evitar uma recaída é necessário agir com um procedimento chamado superaprendizagem, listado na tabela anterior.

A superaprendizagem, segundo Pereira e Silvares (2006), é um método que reduz a taxa de recaída de 40% a 10% quando o tratamento é adicionado ao alarme, concordando com Meneghello (2006). Pereira e Silvares (2006), afirmam que a superaprendizagem consiste em fazer com que a criança ingira uma certa quantidade de água antes de ir dormir. A quantidade de água que deve ser ingerida é determinada no início do tratamento de acordo com a idade da criança. A porção é aumentada cerca de 20 a 30ml a cada duas noites seguidas que a criança permaneça sem episódios de molhadas. Depois de conseguir obter o nível máximo de água, espera-se que a criança tenha 14 noites consecutivas sem apresentar os episódios de enurese para poder encerrar

o tratamento. Pereira e Silveira (2006) ainda relatam que a superaprendizagem é capaz de aumentar a capacidade funcional vesical, uma vez que a quantidade de água é diretamente relacionada a capacidade funcional normal que se espera para cada idade.

Já em relação ao tratamento com a desmopressina ou DDAVP, foram encontrados neste estudo, 5 artigos entre 2001 e 2006 enfatizando o sucesso dessa terapia.

A desmopressina age diminuindo o volume de urina durante a noite para um valor inferior a capacidade vesical funcional. A desmopressina que é uma equivalente estrutural da arginina vasopressina (AVP ou ADH), vem sendo utilizada em larga escala para o tratamento da Enurese Noturna e apresenta baixa morbidade. Pode ser encontrado em *spray* nasal e via oral, sendo absorvido rapidamente por ambas as vias. (PACHELLI e TOPCZEWSKI 2002).

Em relação a psicoterapia, foram encontrados 2 trabalhos falando de sua eficácia. Dénes *et al* (2006), afirma que a psicoterapia tradicional isolada não apresenta pesquisas comprovando seu efeito no tratamento da enurese noturna primária, porém, é possível ponderar a utilidade dessa terapia nos casos de enurese noturna secundária desde que envolva toda a família, ou nos casos de enurese noturna primária com distúrbios comportamentais.

Dénes *et al*, (2006), afirma que as Terapias Comportamentais auxiliam a mudar os padrões de comportamento inadequados, que ajudam na persistência da enurese noturna, e são elas:

- Reforço Positivo ou Terapia de motivação, consiste em automonitoramento dos episódios de enurese noturna, com a premiação em que não há noites com as ocorrências de molhadas. Geralmente é utilizado o “mapa de estrelas” ou outra forma de pontuação;

- Terapia de retenção ou Treinamento do controle da retenção, tem como objetivo ajudar o músculo detrusor no ajuste a volumes e pressões mais altas através de

ingestões diárias de líquidos, 3 copos de água, e solicitar que a micção seja adiada por períodos cada vez mais prolongados, é necessário também conscientizar o enurético das sensações de bexiga cheia;

- Micção noturna programada, estimula a criança despertar com a sensação de bexiga cheia. A criança deve ser despertada três horas após dormir e ir ao banheiro. A cada noite sem episódios de molhadas, o horário de despertar deve ser antecipado por trinta minutos, até meia hora antes de deitar. Dénes 2006, afirma ainda que essa terapia pode ter até 100% de sucesso quando agregada ao alarme;

- Treinamento motivacional, nessa modalidade o autor explica que a criança é encorajada a assumir responsabilidade não apenas pelo transtorno em si, mas também pelo tratamento. A criança deverá trocar e lavar sua roupa de dormir e as roupas de cama.

Kampen *et al* (2002), diz que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico é mais eficaz do que tratamentos médicos como a desmopressina, já citado anteriormente, a imipramina, que segundo, Pachelli e Topczewski, (2002), é um antidepressivo tricíclico que interfere nos mecanismos de sono e vigília em decorrência de um efeito antidepressivo. Também acredita – se que existam trabalhos que chegam a indagar a possibilidade da imipramina alterar a secreção de ADH. A imipramina apresenta efeitos colaterais como ansiedade, boca seca, náuseas e alterações de personalidade, em doses elevadas é considerada cardiotóxica podendo levar ao estado de coma. Pachelli e Topczewski (2002), também afirmam que foram narrados casos de morte, o que tem impedido seu uso, por medo que haja de ingestão acidental.

Um outro tratamento médico apresentado por Kampen *et al*, (2002), afirma ser inferior ao treinamento de assoalho pélvico, são os anticolinérgicos, um deles conhecido por Oxibutinina.

A oxibutinina, segundo Pachelli e Topczewski (2002), é um anticolinérgico utilizado para o tratamento da instabilidade detrusora. Ele é capaz de diminuir a frequência das contrações detrusoras e obtendo um conseqüente aumento da capacidade

vesical. . Os efeitos colaterais da oxibutinina boca seca, visão escurecida e rubor facial, são menos encontrados em crianças do que em adultos.

Meneghello *et al* (2006), afirma que terapias medicamentosas como a imipramina e a oxibutinina apresentam uma eficácia inferior ao efeito placebo e a desmopressina.

Por outro lado, Meneses (2001) além de afirmar que tratamentos como fitoterapia, aromaterapia, oligoterapia, naturapatia – iridológica, homeopatia, podopuntura, a hipnose e a quiropraxia podem ser definidas medicina alternativa, a autora ressalta que a quiropraxia apresenta um resultado igual ao efeito placebo, porém a autora não especifica se o resultado seria positivo ou negativo.

Outro ponto relevante, é expor que mesmo os autores afirmando a existência e a eficácia do efeito placebo para o tratamento da enurese noturna, nenhum deles explica como é feito o procedimento. Eles apenas citam que existe a terapia mas sem esclarecer a elaboração do método.

Apesar da quiropraxia ser uma das especialidades da fisioterapia reconhecida pela resolução N°. 220, de 23 de Maio de 2001 (D.O.U. N° 108, DE 05.06.01, SEÇÃO I, PAG.46), Art.1°. do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), não foi encontrado nenhum estudo que esclarecesse como é feita a terapia em paciente enuréticos.

Pérez *et al* (2008), afirma que a hipnose tem se crescido em várias áreas da medicina. Segundo o autor a hipnose tem sido usada para tratar distúrbios gastrointestinais, afeções cutâneas, desequilíbrios metabólicos, estresse, asma brônquica, alterações imunológicas entre outras. Através de sua segurança, a hipnose consegue trabalhar com as percepções inconscientes e desvendar traumas, conflitos e outras circunstâncias que podem estar relacionadas aos episódios de incontinência urinária. A hipnose é utilizada em crianças de 7 - 12 anos que devem ser avaliadas com cautela.

O mesmo autor citado, também fala que a hipnose tem sofrido vários tabus por muitas pessoas terem uma visão descrente em relação a sua ação. Concordando com Meneses (2001), Pérez *et al* (2008), relata que a hipnose é vista como medicina alternativa.

Meneses (2001), fala que a hipnose mesmo com bons resultados em vários estudos retrospectivos tem sido indicada com pouca frequência.

Kampen *et al* (2002), apresenta uma modalidade de tratamento que ele chama de *full – spectrum* (FSV) o qual o paciente dispõe de uma gama de tratamentos composto para enurese noturna, e são eles: o alarme, terapia motivação, treinamento do assoalho pélvico, treinamento vesical e alguns componentes individuais como: a diminuição da ingestão de líquidos e reforço positivo, todavia, o autor relata que os componentes individuais pouco têm apresentado sucesso nas terapias quando usados isoladamente.

O treinamento do assoalho pélvico apesar de ser uma área em que a fisioterapia atua no tratamento da enurese noturna, não foi encontrado nenhum estudo que abordasse o fortalecimento do assoalho pélvico na enurese noturna. A maioria dos estudos aborda o treinamento, como uma forma de terapia para a Hiperatividade Vesical, tratando como um todo, não apenas um sintoma isolado.

Em 2 estudos (Dénes *et al*, 2006 e Meneses, 2001) foi encontrado que a acupuntura apresenta bons resultados.

Pachelli e Topczewski (2002) acreditam que a Modificação Comportamental seria um tratamento mais eficiente do que os tratamentos medicamentosos já citados anteriormente. É uma medida muito trabalhosa e exige bastante colaboração dos pais, motivação do paciente e acompanhamento do médico. Consiste em permitir que o pediatra responsável acompanhe a criança desde o nascimento. A prevenção para que não apareça o sintoma deve ser iniciada antes dos 5 anos de idade (idade a qual o controle esfinteriano já deveria estar presente), em especial pais que tiveram histórico de enurese noturna. É necessário evitar a punição. Também reduzir a oferta de líquidos a noite, evitar líquidos antes de dormir, acompanhada de medidas de reforço para a



resolução do sintoma. Não foram encontrados estudos que citassem o mesmo tratamento.

Deve ser ressaltado que todos os anos cerca de 15% dos enuréticos param de apresentar os episódios de enurese noturna sem que seja aplicado qualquer tipo de tratamento, este fenômeno é conhecido por remissão espontânea (PEREIRA e SILVARES, 2006).

## **Conclusão**

O presente estudo mostra que há uma variedade de tratamentos para a enurese noturna. Dentre eles destacam – se os mais comuns os tratamentos médicos e psicológicos. Há um grande crescimento nessas áreas comprovando o avanço tecnológico investido nesse campo.

No estudo também foi possível analisar que o alarme além de ser o tratamento psicológico mais citado nos artigos, também é o mais eficiente. Além disso o estudo verificou que alarme ainda demonstra uma maior competência quando adicionado a outras terapias.

## **Considerações finais**

É imprescindível expor que a fisioterapia apresenta poucas pesquisas que comprovem a existência e a eficácia do seu trabalho. Por esse motivo faz – se necessário um maior número de buscas e pesquisas nessa área para que os fisioterapeutas tenham um melhor embasamento teórico para quando for traçar seus devidos tratamentos.

Além disso é importante que os fisioterapeutas tenham conhecimento dos outros tipos de terapias oferecidas para o tratamento da enurese noturna quando forem encaminhar para profissionais de outras áreas para estes desenvolverem uma outra conduta para auxiliar na cura do sintoma estudado.

## Referências

1. ARANTES, M. C.; SILVARES, E. .F. M.: Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento. *Estud. Psicol. (Campinas)* vol. 24 no. 2 Campinas Apr./June 2007.
2. ARRUDA, R. Q. *et al.*: Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.29 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2007.
3. BARACHO, E.: *Fisioterapia aplicada à obstetrícia* 3ª Edição 2002.
4. COSTA, N. J. D.; SILVARES, E. F. M. S.: Enurese na adolescência: estudo de caso com intervenção comportamental. *Interação em Psicologia*, 2003 7(1), p. 9-17.
5. COSTA, N. J. D.; SILVARES, E. F. M. S.: Enurese Noturna na Adolescência: Tratamento em grupo e individual. *Interação em Psicologia*, 2007, 11(2), p. 263-268.
6. DÉNES, F. T. *et al.*: Enurese: Diagnóstico e Tratamento. Projetos e Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 27 de Junho de 2006.
7. FONSECA, E. M. G. O.; MONTEIRO L.M.C.: Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *Jornal de Pediatria (RJ)*, 21/01/04.
8. GOMES, P.R.L *et al*: Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso. *Arq Ciênc Saúde* 2009 abr/jun;16(2):83-8 .
9. HADDAD, M. *et al*: Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. ISSN 1413-3555 *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, 2008.

10. [http://revistavivasaude.uol.com.br/Edicoes/39/imagens/xixinacama52\\_3.jpg](http://revistavivasaude.uol.com.br/Edicoes/39/imagens/xixinacama52_3.jpg)  
(data do acesso 15/06/2010).
11. KAMPEN, M. V. *et al*: High inicial efficacy of full – spectrum therapy for nocturnal enuresis in children and adolescents. BJU internacional 2002.
12. MENEGHELLO, M. H. .B .G. *et al*: Eficácia a longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. Psicol. teor. prat. v.8 n.2 São Paulo dez. 2006.
13. MENESES, R. P.: Enurese Noturna Monossitomática. J. Pediatr. (Rio J.) vol.77 no.3 Porto Alegre May/June 2001.
14. MOTA, D. M. *et al*: Investigação da disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. J. Pediatr. (Rio J.) vol. 81 Porto Alegre May/June 2005
15. PACHELLI, L.; TOPCZEWSKI, A.: Enurese Noturna: visão multidisciplinar. Pediatr. mod 38(12):540-554, dez 2002. ilus, tab.
16. PEREIRA, R. F.; SILVARES, E. F.: Estudo de caso: prevenção de recaída para criança e adolescente enurético com remissão espontânea. Interação em Psicologia, Curitiba, jan/jun. 2006, 10(1), p.169-174.
17. PÉREZ, M. P.; ZAMORA, M. S.; MORA, J. C.; PINTO; ACOSTA, D. A.: Eficacia de la hipnoterapia contra la enuresis nocturna en niños y Adolescentes. MEDISAN 2008;12(4)
18. SANTOS, E. O. L.; SILVARES, E. F. M.: Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas – escola: um estudo comparativo da percepção dos pais. Psicol. Reflex. Crit. vol. 19 n°2 Porto Alegre 2006.

19. SHOEN - FERREIRA, T. H.; MARTELETO, M. R. F.; *et al.*: Levantamento de Enurese Noturna no Município de São Paulo. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, 17(2):31-36 2007.

20. SOARES, A. H. R. *et al.*: Enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 301-311, jul/set. 2005.

21. [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1302&psecao=9](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1302&psecao=9)  
Data do acesso (01/07/2010)